


Einsatzkonzept Einsatzkonzept MANV Version: 002 vom 12.05.2018			
EK-00001		Gültig vom 12.05.2018 bis 14.02.2022	
Leitstelle / Rettungsdienst / andere BOS & HiOrg	alle MA	alle StO	Seite 1 von 24



erstellt / geändert: AG Taktik, AG Taktik	geprüft: AG Taktik	freigegeben: Holger Neumann,
--	-----------------------	---------------------------------

Ausdrucke unterliegen nicht dem Austausch- und Änderungsdienst!

Inhalt

1	Einleitung.....	4
2	Schutzziele.....	5
3	Verfügbare Ressourcen	6
4	Einsatzgrundsätze und Organisation der Einsatzstelle.....	7
4.1	Rettungsdienstliche Führung	7
4.2	Erkundung und Rückmeldungen	8
4.3	Priorisierung / Sichtung.....	9
4.4	Soforttransport lebensbedrohlich verletzter / erkrankter Personen.....	10
4.5	Erstversorgung	11
4.6	Transporte in weiterversorgende Kliniken.....	11
4.7	strukturierte Behandlungsbereiche	11
4.8	Betreuung / Versorgung.....	12
4.9	Dokumentation	12
5	Alarmierungsstufen.....	13
5.1	Alarmierungsstufe V-MANV - 4-6 Patienten.....	13
5.2	Alarmierungsstufe MANV-1 - 7-10 Patienten.....	14
5.3	Alarmierungsstufe MANV-2 - 11-20 Patienten.....	14
5.4	Alarmierungsstufe MANV-3 - 21-40 Patienten.....	15
5.5	Alarmierungsstufe MANV-4 - über 40 Patienten.....	15
6	Zuständigkeiten	16
6.1	Leitstelle	16
6.2	Einsatzleitung	16
6.3	Führungsassistenten LNA/OrgL (DRK).....	17
6.4	Rettungsdienst	17
6.5	Schnell-Einsatz-Gruppe Rettungsdienst	18
6.6	Fahrdienst (DLRG) für SEG Rettungsdienst	18
6.7	Einsatzdienste der Hilfsorganisationen.....	18
6.8	Feuerwehr-Unterstützungseinheiten.....	18
6.9	Überörtliche Hilfe	19
6.9.1	Ü-MANV Sofortkomponente (ÜMANV-S)	19
6.9.2	Patiententransport-Zug 10 NRW (PTZ-10 NRW)	19
6.9.3	Einsatzeinheit NRW (EE NRW).....	19

6.9.4	Behandlungsplatz-Bereitschaft 50 NRW (BHP-B 50 NRW).....	19
6.9.5	Betreuungsplatz-Bereitschaft 500 NRW (BTP-B 500 NRW).....	20
6.10	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.....	20
7	Aufgabenverteilung der Führungskräfte.....	21
7.1	Leitender Notarzt	21
7.2	Organisatorischer Leiter Rettungsdienst.....	21
7.3	Leitung Erstversorgung.....	22
7.4	Leitung Transportorganisation	22
7.5	Leitung Behandlungsbereiche	22
7.6	Leitung Bereitstellungsraum	23
8	mitgeltende Dokumente	24
9	Vorschau.....	24

1 Einleitung

Zur Bewältigung größerer Schadensereignisse ist bereits 2011 gemeinsam mit dem Rettungsdienst, den Sanitätsorganisationen, der Bundesanstalt Technisches Hilfswerk und den Feuerwehren ein Einsatzplan für den „Massenanfall von verletzten oder erkrankten Personen (MANV)“ aufgestellt worden.

Die jetzt vorliegende Fortschreibung des Konzepts regelt den Einsatz von Rettungsdienst, Schnelleinsatzgruppen, Einsatzdiensten¹ Feuerwehrunterstützungseinheiten und überörtlichen Einsatzmitteln, wie auch die schrittweise Reduktion des Grundbedarfes des Rettungsdienstes auf einen minimalen Grundschutz in größeren Schadenslagen. Für die Schadensabwehr durch die Feuerwehren im Kreis Olpe bestehen örtliche Einsatzplanungen, die den zugrundeliegenden Schadenfällen angepasst sind.

Ausgehend von einer Festlegung von Schutzziele (Kap. 2), Einsatzgrundsätzen (Kap. 4) und Alarmierungsstufen (Kap. 5) werden Zuständigkeiten und Aufgaben einzelner Einheiten und / oder Personen sowie eine konzeptionelle Führungsorganisation der Einsatzstelle beschrieben.

Die Überarbeitung war nötig geworden, um aktuelle Entwicklungen im Rettungsdienst (Gesetzeslage, Einsatzmittelvorhaltung) und bei den Sanitätsorganisationen (sanitätsdienstliche Konzepte, Personalverfügbarkeit) berücksichtigen zu können. Auch wurde eine klare Trennung zwischen der Bereitstellung von Einheiten aus dem Kreis Olpe zur überörtlichen Hilfe in anderen Gebietskörperschaften von den Alarmierungsstufen bei Schadensfällen im eigenen Kreisgebiet vorgenommen.

Durch die hier vorgestellte Einsatzplanung ist ein nahtloser Übergang vom Routineeinsatz des Rettungsdienstes bis hin zur Großeinsatzlage möglich. Eine Verstärkung der gemäß Bedarfsplan vorgehaltenen Kräfte durch Helfer anderer Organisationen ist gewährleistet.

Dieses Einsatzkonzept findet generell Anwendung, wenn bei einem Schadensereignis vier oder mehr verletzte oder erkrankte Personen an einer Einsatzstelle zu versorgen sind. Ergänzend bestehen gesonderte Konzepte für die Betreuung betroffener Personen im Kreis Olpe sowie die Bereitstellung überörtlicher Hilfe für andere Städte und Kreise.

¹ Bei Einsatzlagen innerhalb des eigenen Kreisgebietes werden Hilfsorganisationen nur im Rahmen ihrer örtlich strukturierten Einsatzdienste eingesetzt. Die aus verschiedenen Einsatzdiensten gebildeten Einsatzeinheiten haben hierfür keine Bedeutung.

2 Schutzziele

Schutzziele sind Aussagen bzw. Definitionen über ein Sicherheitsniveau, welches im Minimum erreicht werden soll und das bestimmt, welche Qualität die Gefahrenabwehr haben soll.

Angelehnt an das Positionspapier des Verbandes der Feuerwehren in NRW (VdF NRW) und der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in NRW (AGBF NRW) werden für den Kreis Olpe folgende Schutzziele definiert:

- 1. Sicherstellung der Erstversorgung und des Transports aller Verletzten / Erkrankten sowie Betroffenen durch**
 - a. Priorisierung durch Rettungsfachpersonal (Vorsichtung) und ärztliche Sichtung
 - b. konzentrierte Erstversorgung nach Priorisierungsergebnis
 - c. Sicherstellung notwendiger Soforttransporte
 - d. Transport aller Verletzten/Erkrankten zu zügiger klinischer Versorgung
 - e. Behandlung der Patienten in geeigneten Strukturen bei Fehlen erforderlicher Transportkapazitäten
- 2. Sicherstellung der Weiterbehandlung aller akut vital bedrohten Patienten innerhalb von 60 Minuten**
- 3. Herstellung einer individuellen Versorgung aller verletzten, erkrankten und / oder betroffenen Personen so früh als möglich**
- 4. Reduktion des Grundschatzes für die nicht betroffene Bevölkerung so kurz als möglich**

3 Verfügbare Ressourcen

Die Wachen des **Rettungsdienstes** sind entsprechend des risikoabhängig festgestellten Bedarfs ständig besetzt. Diese Kräfte sind somit jederzeit für alle Notfälle einsatzbereit.

Dienstfreie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Rettungsdienstes bilden eine **Schnell-Einsatz-Gruppe** (SEG Rettungsdienst). Ihnen stehen mehrere Fahrzeuge (Kommandowagen, Gerätewagen, Rettungswagen) mit unterschiedlicher Ausstattung für den Einsatzfall zur Verfügung.

Die ehrenamtlichen Mitglieder der DRK-Ortsvereine und der Ortsgliederungen des Malteser Hilfsdienstes bilden jeweils **örtliche Einsatzdienste** (Module der Einsatzeinheit NRW), die in den Aufgabenbereichen Betreuungsdienst, Sanitätswesen und Führungsunterstützung tätig sind. Ihnen stehen unterschiedliche, den Aufgaben angepasste Einsatzmittel zur Verfügung.

Entgegen der bedarfsorientierten Vorhaltung des Rettungsdienstes stehen die Einsatzkräfte und -mittel der SEG Rettungsdienst sowie der Einsatzdienste bei den Hilfsorganisationen nur nach einer zeitlichen Verzögerung (Alarmierung bis Eintreffen ca. 30-45 Minuten) zur Verfügung. Eine weitere Einschränkung stellt die Verfügbarkeit der in den Einsatzdiensten engagierten Personen zu üblichen Zeiten des Arbeitslebens dar.

Zwei der sieben Stadt- bzw. Gemeindefeuerwehren stellen über ihre gesetzlichen Aufgaben in Brandschutz- und Technischer Hilfeleistung hinaus auch Einsatzkräfte für die Unterstützung der o.g. Einheiten bereit. Idee dieser **Feuerwehrunterstützungseinheiten** war die Tagesverfügbarkeit an medizinisch grundlegend ausgebildetem Personal zu erhöhen. Die Einsatzkräfte sind in sanitätsdienstlichen Aufgaben geschult und können somit auch eigenständig für die Betreuung Leichtverletzter eingesetzt werden.

Die **Deutsche Lebens-Rettungs Gesellschaft** (DLRG) ist insbesondere in einem eigenständigen Konzept zur Wasserrettung eingebunden. Bei rettungsdienstlichen Einsatzlagen unterstützt sie insbesondere beim Transport von Einsatzkräften der SEG zum Einsatzort und kann lageabhängig auch für weitere Aufgaben eingebunden werden.

In den Städten Attendorn, Lennestadt und Olpe sind Ortsgliederungen des **Technischen Hilfswerks** angesiedelt. Traditionell besteht eine enge Zusammenarbeit mit den Stadt- und Gemeindefeuerwehren für spezielle fachtechnische Aufgaben. Eine Einbindung in rettungsdienstliche Einsatzabschnitte sollte lageabhängig bewertet werden, ggf. kann ein Fachberater hierbei hilfreich unterstützen.

Darüber hinaus wurde durch das Ministerium für Inneres und Kommunales (MIK) für Nordrhein-Westfalen ein „**Landeskonzept der überörtlichen Hilfe im Sanitäts- und Betreuungsdienst**“ erstellt. Hierin sind verschiedene Einsatzformationen beschrieben, die entweder als nachbarschaftliche Soforthilfe direkt oder als überörtliche Hilfe über die Bezirksregierungen angefordert werden können (siehe auch Kap. 6.9).

Bedingt durch den Weg der Anforderung, die Größe der Einheiten und ihrer Herkunft müssen teils mehrere Stunden Vorlaufzeit bis zur Verfügbarkeit vor Ort in Kauf genommen werden.

4 Einsatzgrundsätze und Organisation der Einsatzstelle

Einsatzgrundsätze sind organisationsübergreifend konsentrierte, konzeptionelle Vorab-Festlegungen, die insbesondere Einsatzkräfte in der ersten „Chaos“-Phase in die Lage versetzen sollen, eine Strukturierung der Einsatzstelle zu etablieren, um nachrückenden Kräften eine schnelle Orientierung zu ermöglichen. Dies trägt wesentlich dazu bei, allen Kräften eine frühestmöglich effektive Arbeit ohne längere Übergabe oder Einweisung zu ermöglichen und somit das gemeinsame Ziel einer individualmedizinischen Versorgung aller Patienten so früh als möglich zu erreichen.

4.1 Rettungsdienstliche Führung

Die oberste rettungsdienstliche Führung² wird von einem **Leitenden Notarzt (LNA)** und dem **Organisatorischen Leiter Rettungsdienst (OrgL)** gemeinsam wahrgenommen. Das notwendige Zusammenwirken zweier Führungskreisläufe ist hierbei eine herausstechende Besonderheit.

Die anfallenden Aufgaben werden in kooperativer Aufteilung durch LNA und OrgL zusammen erledigt. Der LNA ist dafür verantwortlich medizinisch-organisatorischen Vorgaben zur medizinisch-rettungsdienstlichen bzw. -sanitätsdienstlichen Schadensbewältigung zu machen. Die Umsetzung dieser Vorgaben durch ein angepasstes operativ-taktisches Vorgehen ist dann Aufgabe des OrgL.

Befinden sich LNA und OrgL noch nicht an der Einsatzstelle, übernimmt das Team des **ersteintreffenden NEF** zusammen die **kommissarische Führung** und somit bis zur Ablösung alle Aufgaben von LNA und OrgL.

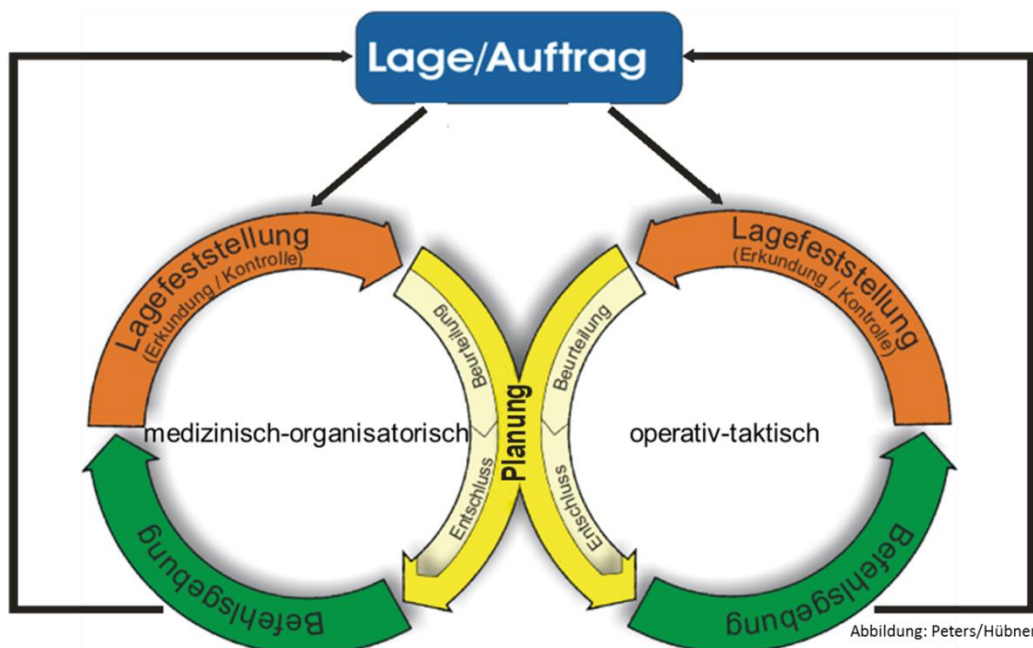


Abbildung: Peters/Hübner

Abbildung 1 ineinandergreifende Führungsvorgänge von LNA und OrgL

Die Ausgestaltung rettungsdienstlicher Führung in Einsätzen verschiedener Führungsstufen ist detailliert in der Arbeitsanweisung „Führen im RD-Einsatz“ beschrieben.

² Der DV 100 entsprechend bedeutet Führung die Einflussnahme auf die Entscheidungen und das Verhalten anderer Menschen mit dem Zweck, mittels steuerndem und richtungweisendem Einwirken vorgegebene und aufgabenbezogene Ziele zu verwirklichen.

Für sich unterscheidende Aufgabenbereiche innerhalb der Einsatzstelle bzw. des Einsatzabschnittes kann es sinnvoll sein **untergeordnete Abschnitte** mit eigener Führung und Leitung zu benennen. Die Entscheidung hierzu treffen LNA und OrgL.

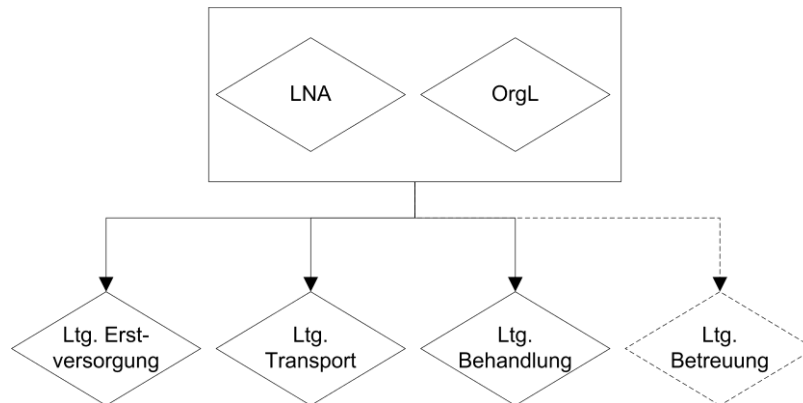


Abbildung 2 Beispiel einer rettungsdienstlichen Führungsorganisation

So früh als möglich ist eine **„Leitung Erstversorgung“** einzusetzen. Eingesetztes Personal soll eine Ausbildung als Rettungsassistent und eine Führungsqualifikation (min. Gruppenführer, besser Zugführer) besitzen. Aufgaben sind Führung und Organisation der Abläufe innerhalb der Patientenablagen. Es wird empfohlen der Leitung Erstversorgung einen Notarzt beizustellen, um auch in diesem Abschnitt eine kooperative Aufgabenteilung zugunsten der Patienten realisieren zu können. Dies kann, je nach Größe der Einsatzstelle, auch in Aufgabeneinheit mit der ärztlichen Sichtung erledigt werden.

Als weitere Führungskraft ist die **„Leitung Transportorganisation“** zu besetzen. Eingesetztes Personal soll eine Ausbildung als Rettungsassistent und eine Führungsqualifikation (min. Gruppenführer) besitzen. Aufgabe ist die Zuordnung von Patienten, Fahrzeugen und Kliniken zueinander. Die Aufgabenerledigung wird durch eine vorgeplante Zuweisung (Ticketsystem) erleichtert.

Für eine der realen Lage angepasste Führungsstruktur sowie die Besetzung der Führungspositionen ist es erforderlich, die durch die DV 100 vorgegebenen Meldewege und –inhalte einzuhalten. Nur so kann die oberste Führung rechtzeitig steuernd und richtungweisend Einwirken sowie alle Ebenen für die vorgegebenen Aufgaben ertüchtigen.

4.2 Erkundung und Rückmeldungen

Noch vor dem Verlassen des Fahrzeugs soll die Besatzung des ersteintreffenden Einsatzmittels eine **„Rückmeldung auf Sicht“** abgeben. Dies wird zwar zunächst eine grobe und möglicherweise unvollständige Lagerückmeldung sein, dient aber dazu das durch die Notrufe entstandene Lagebild der Disponenten zu präzisieren.

Vor Betreten der Einsatzstelle durch die ersten Einsatzkräfte hat eine Erkundung³, insbesondere zur Feststellung der **vorherrschenden Gefahrenlage**, zu erfolgen. Die Erkundung wird grundsätzlich vom ersten an der Einsatzstelle eintreffenden Rettungsmittel durchgeführt.

Treffen erste Rettungsmittel und das erste NEF (kommissarische Führung) in enger zeitlicher Folge ein, hat die Erkundung vorrangig durch die vollständige Besetzung des NEF zu erfolgen. Hierbei sind neben der Gefahrenlage auch die **Möglichkeiten der rettungsdienstlich-medizinischen Schadenabwehr** zu beurteilen sowie eine grobe **Abschätzung der Gesamtzahl betroffener Personen** und deren Verletzungsschwere zu erheben.

Nachfolgende Kräfte haben vor dem Betreten der Einsatzstelle die Ergebnisse der Erkundung und die darauf aufbauende Befehlsgebung der Führung abzuwarten.

Anschließend muss eine **„erste strukturierte Rückmeldung“** zu Unfallgeschehen, Patientenzahl, geschätzte Aufteilung der Patienten zu den Sichtungskategorien übermittelt werden. In gemeinsamer Absprache wird eine Beurteilung zu zentralen Fragen der Einsatzbearbeitung durchgeführt. Auch diese Ergebnisse sind in einer Rückmeldung an die Leitstelle zu übermitteln. **Weitere Rückmeldungen** erfolgen anlassbezogen.

Bei allen Rückmeldungen sind die Meldewege der Führungsstruktur einzuhalten!

4.3 Priorisierung / Sichtung

Die Besetzung des ersteintreffenden RTW rüstet sich mit Material zur Priorisierung⁴ sowie einfacher Therapie akut lebensbedrohlicher Zustände⁵ aus (z.B. Prio-Tasche) und beginnt eine **Priorisierung**.

Die Registrierung aller Patienten/Betroffener erfolgt durch Zuteilung einer Patientenanhängerkarte (PAK), die Kennzeichnung der als akut vital bedrohten Patienten (\cong Priorität) erfolgt durch in der Länge auf Hälfte gefaltete rote Einschubkarten der PAK. Je nach Größe und Ausdehnung der Einsatzstelle können weitere Teams zur Priorisierung eingesetzt werden.

Während die Priorisierung durch rettungsdienstliches Fachpersonal lediglich der raschen Identifikation kritisch geschädigter Patienten dient, erfolgt so bald als möglich eine differenzierte, **ärztliche Sichtung**. Als Sichtungsteam soll ein Notarzt zusammen mit der/dem Rettungsassistenten/in des NEF eingesetzt werden.

Kennzeichen für eine erfolgte ärztliche Sichtung ist das Vorhandensein von Eintragungen auf der zugeteilten Patientenanhängerkarte sowie die Auswahl einer vollflächigen, farbigen Einschubkarte passend zur Sichtungskategorien. Die rote Einschubkarte ist dazu ggf. auf volle Größe auszufalten.

³ zügiges Durchqueren oder Umrunden der Einsatzstelle ohne med. Maßnahmen

⁴ Schnellmarkierung rot (= Prio I)

⁵ Tourniquet, Wendl-Tubus, Thoraxentlastungskanüle, Beatmungshilfe

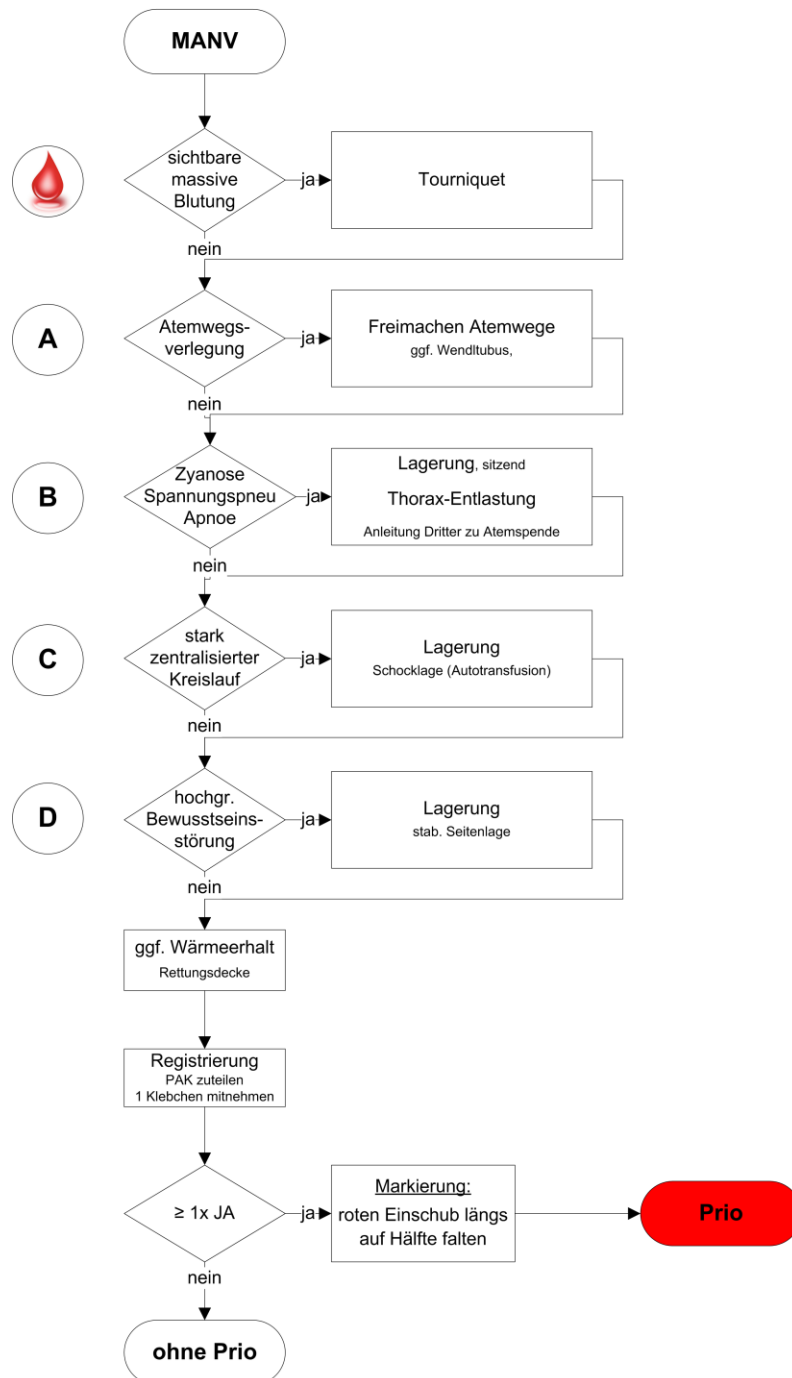


Abbildung 3 Algorithmus zur Durchführung einer Priorisierung durch Rettungsfachpersonal

4.4 Soforttransport lebensbedrohlich verletzter / erkrankter Personen

Für den Soforttransport lebensbedrohlich verletzter / erkrankter Patienten sollen voll ausgestattete RTW abfahrbereit verfügbar sein. Die personelle Besetzung der Fahrzeuge erfolgt im Bedarfsfall durch ein sofort verfügbares Team.

4.5 Erstversorgung

Patientenablagen können überall dort sein, wo sich mehrere verletzte / erkrankte / betroffene Personen aufhalten, müssen jedoch außerhalb des von der Feuerwehr festgelegten Gefahrenbereiches betrieben werden. Eine Verlagerung oder Zusammenführung sollte nur bei wesentlichen Gefahren oder Notwendigkeiten (z.B. taktische Gründe) in Erwägung gezogen werden.

LNA und OrgL weisen den Patientenablagen entsprechendes Personal (Notärzte und Rettungsdienst-/ Sanitätsdienstpersonal) mit Behandlungsgerät zu. Die notfallmedizinische Versorgung erstreckt sich auf **lebensrettende Sofortmaßnahmen, unaufschiebbare notfallmedizinische Behandlungen, vorbereitende Maßnahmen für den Transport** sowie die Patientenübergabe an Transportfahrzeuge oder strukturierte Behandlungsbereiche.

4.6 Transporte in weiterversorgende Kliniken

Der LNA legt auf Basis der Meldungen aus der Sichtung und Erstversorgung die notwendige medizinische Versorgungsstufe und / oder erforderliche technische Ausstattungen des Zielkrankenhauses fest. Die **Zuordnung des zu transportierenden Patienten** zu einem der erforderlichen Versorgungsstufe entsprechendem Zielkrankenhauses erfolgt durch die Transportorganisation.

Die verfügbaren Krankenhäuser wurden vorbereitend in einem **Ticketsystem** erfasst. Durch die Nutzung des Ticketsystems entfällt die Abfrage der Verfügbarkeit in den weiterversorgenden Kliniken. Die erzielte Arbeits- und Zeitersparnis kommt dem Patienten durch eine beschleunigte prähospitalen Versorgungsdauer zu Gute.

4.7 strukturierte Behandlungsbereiche

Die Begrifflichkeit der Behandlungsbereiche wurde in diesem Konzept bewusst gewählt, um damit deutlich zu machen, dass es sich hierbei nicht um die Struktur eines vollständigen Behandlungsplatzes (BHP), insbesondere nicht eines BHP nach Landeskonzept, handelt, sondern um einzelne Bereiche in denen Patienten vorübergehend in der Nähe des Schadensortes behandelt werden bis genügend Transportmittel zur Verfügung stehen.

Als Leitsystem bei der Zuweisung von Patienten zu den Behandlungsbereichen dienen

- a) die Patientenanhängerkarten aus der ärztlichen Sichtung oder, sofern noch nicht vorhanden,
- b) die Kennzeichnungen aus der Vorsichtung.

Patienten, die direkt nach der Priorisierung den Behandlungsbereichen zugewiesen werden, müssen sehr zeitnah von dem dort anwesenden Arzt einer vollständigen Sichtung unterzogen werden.

In den Behandlungsbereichen soll versucht werden schnellstmöglich eine **individualmedizinische Behandlung nach den im Rettungsdienst üblichen Standards** herzustellen. Wichtig ist eine regelmäßige Re-Evaluation des ersten Sichtungsergebnisses, um Veränderungen im Patientenzustand frühestmöglich zu erkennen. Die Dokumentation aller Maßnahmen erfolgt handschriftlich auf dem der Anhängerkarte beiliegenden Rettungsdienstprotokoll.

Wird es notwendig an der Einsatzstelle strukturierte Behandlungsbereiche einzurichten, ist eine eigene **Leitung Behandlungsbereich** einzusetzen. Die Entscheidung hierzu treffen LNA und OrgL.

Eingesetztes Personal soll eine Ausbildung als Rettungsassistent und eine Führungsqualifikation (min. Gruppenführer) besitzen.

4.8 Betreuung / Versorgung

Es wird zumeist ein eigenständiger Einsatzabschnitt „Betreuung / Versorgung“ gebildet, der von den mit dieser Aufgabe betrauten Hilfsorganisationen besetzt wird. Vorplanungen zur Umsetzung der Aufgaben sind in einem eigenen Einsatzkonzept beschrieben.

Die Betreuung unverletzter Betroffener ist dennoch eng mit den medizinischen Abläufen verknüpft. Darüber hinaus ist der LNA auch in diesem Bereich medizinisch verantwortlich.

4.9 Dokumentation

Eine umfassende und frühzeitig einsetzende Dokumentation stellt sicher, dass Wege und Behandlung der Patienten sowie Entscheidungen der Führung auch später noch nachvollzogen werden können.

So früh als möglich, zumeist während der Priorisierung, wird den Patienten eine **Patientenanhängekarte** (PAK) zugeteilt. Darauf werden dann die Ergebnisse der ärztlichen Sichtung(en) sowie getroffene Maßnahmen dokumentiert. Die vorhandenen Aufkleber können zur Registrierung, Transportorganisation sowie Ein- und Ausgangsdokumentation in Behandlungsbereichen genutzt werden.

Die Patientenanhängekarte verbleibt bis zum Transport beim Patienten. Während des Transportes wird ein **Patientenprotokoll nach DIVI-Standard** ausgefüllt, dabei werden auch die auf der PAK dokumentierten Befunde und Therapien sowie ein Nummernaufkleber übernommen. Die Patientenanhängekarte wird vor der Übergabe entfernt und vom Einsatzmittel der Einsatzleitung zugeführt. So wird sichergestellt, dass alle relevanten Informationen an das nachbehandelnde Krankenhaus übergeben werden sowie die in eigener Zuständigkeit erhobenen Befunde und durchgeführten Maßnahmen nachvollziehbar verfügbar bleiben.

LNA und OrgL fertigen einen gemeinsamen **Einsatzbericht** an. Für sehr kleinere Schadenslagen (bis zu 4 Verletzten / Erkrankten) ist dabei eine zweiseitige Kurzversion ausreichend, sofern Einsatzlage und getroffene Maßnahmen, insbesondere die taktische Ausrichtung und die Klinik-Zuweisungsentscheidung damit ausreichend dokumentiert werden können.

Für umfangreichere Schadenslagen wird die Kurzdokumentation nur noch als Deckblatt verwendet und durch Anhänge, wie

- taktischen Arbeitsblättern zur Lagefeststellung,
- einer Einsatzmittel-Übersicht,
- der Patienten-Übersichtsdokumentation,
- eines Einsatztagebuchs und/oder
- einen ausführlichen Einsatzbericht

ergänzt.

5 Alarmierungsstufen

Grundlagen für die Festlegung der Alarmierungsstufen sind der Bedarf an Einsatzkräften für eine sinnvolle medizinische Versorgung der Patienten am Einsatzort, sowie auch deren Transport in weiterversorgende Einrichtungen, wobei berücksichtigt wurde, dass Kräfte und Einsatzmittel aus der ersten Versorgungsphase nicht mehr uneingeschränkt für den Transport zur Verfügung stehen. Des Weiteren wurde zu Grunde gelegt, dass ein Grundschatz für Notfallrettung und Krankentransport der übrigen Bevölkerung erhalten werden soll.

Die Alarmierungsstufen „MANV“ sind als Bestandteil der Alarm- und Ausrückeordnung ‚Rettungsdienst‘ im Einsatzleitsystem hinterlegt. Die Alarmierungstichworte sind nach der Anzahl der verletzten und/oder erkrankten Personen abgestuft und nachfolgend durch Beschreibungen erläutert. Unverletzt bzw. nicht erkrankt Betroffene werden dabei nicht für die Stufenzuordnung berücksichtigt.

Die Festlegung der zu alarmierenden Einsatzmittel- und Kräfte basiert auf der allgemein **angenommenen Verteilung der Patienten zu den Sichtungskategorien⁶** und baut dabei aufeinander auf, sodass eine Erhöhung der Alarmierungsstufe eine **stufenweise Ergänzung der Kräfte und Mittel** bedeutet. Hierdurch wird es auch möglich, bei Nicht-Erreichen der notwendigen Maßnahmen einer Stufe durch Erhöhung eine Ausweitung der Maßnahmen bis zum Erreichen ausreichender Kräfte und Einsatzmittel vorzunehmen.

Eine detaillierte Übersicht ist dem zugehörigen Anhang zu entnehmen. Basisannahme für diese Übersicht ist die Verfügbarkeit aller Einsatzmittel im Alarmfall, wobei jeweils **Transportkapazitäten für die höchst mögliche Anzahl an Patienten** berücksichtigt worden sind. Damit soll sichergestellt werden, dass durch die Wahl der Alarmierungsstufe in der Regel ausreichende Kräfte und Einsatzmittel verfügbar sind.

Bei allen MANV-Alarmierungsstufen sind sofort die Leitung der örtlich zuständigen Feuerwehr sowie der Leiter/ die Leiterin der Koordinierungsgruppe des Krisenstabes mit zu verständigen. Nach eigener Lagebeurteilung entscheidet er/sie nach Rücksprache mit der Leitung Krisenstab, ob der Stab einberufen werden soll.

5.1 Alarmierungsstufe V-MANV - 4-6 Patienten

In der ersten Stufe besteht zwar zunächst ein Missverhältnis zwischen der Anzahl der Patienten und dem Hilfeleistungspotential, das in der Regel jedoch zeitnah behoben werden kann. Hierbei muss in der Regel bereits auf Ressourcen der Hilfsorganisationen zurückgegriffen werden, das Ereignis kann als insgesamt begrenzt bezeichnet werden.

Als **Grundschatz** werden **ein NEF** für das gesamte Kreisgebiet sowie **in jedem Rettungswachensversorgungsbereich ein RTW** vorgehalten bzw. nachbesetzt⁷. Der Krankentransport wird zunächst unverändert fortgeführt.

Bereits ab der Alarmstufe V-MANV sind zahlreiche Einsatzkräfte und –mittel im Einsatz, auch ist eine medizinisch sinnvolle Verteilung der Patienten auf die versorgenden Krankenhäuser notwendig.

⁶ Sichtungskategorie I = 40% , Sichtungskategorie II = 20% , Sichtungskategorie III = 40%

⁷ Einsatzmittel, die unabhängig vom MANV-Ereignis aufgetretene Einsätze bearbeiten, zählen dabei zum Grundschatz.

Hierzu wird eine rettungsdienstliche Führung aus LNA zusammen mit einem OrgL gebildet. An Einsatzstellen, die unter Leitung der Feuerwehr bedient werden, wird die rettungsdienstliche Führung im Einsatzabschnitt „Rettungsdienst“ tätig, ansonsten ist sie verantwortliche Einsatzleitung.

5.2 Alarmierungsstufe MANV-1 - 7-10 Patienten

Auch in dieser Stufe besteht zunächst ein Missverhältnis zwischen der Anzahl der Patienten und dem Hilfeleistungspotential. Zusätzlich übersteigt die Menge der Patienten die ad-hoc Versorgungskapazität der lokalen Krankenhäuser. Für die zwangsläufig längeren Transportwege muss neben den Ressourcen der Hilfsorganisationen in jedem Fall auch auf überörtliche Kräfte der benachbarten Kreise zurückgegriffen werden.

Der Grundschutz bleibt wie in der Alarmierungsstufe V-MANV bestehen.

Bereits in dieser Alarmierungsstufe werden bis zu 60 Einsatzkräfte in den verschiedenen Aufgabenbereichen⁸ tätig. Die Grundsätze der Stabsarbeit sollten daher in der Tätigkeit von LNA und OrgL dringend zur Anwendung kommen.

Die Leitstelle wird in dieser Stufe den Krankenhäusern im Kreis Olpe und umliegenden Schwerpunktkliniken (ggf. über die zuständige Leitstelle) eine Vorab-Information zukommen lassen.

5.3 Alarmierungsstufe MANV-2 - 11-20 Patienten

In der dritten Alarmierungsstufe handelt es sich um ein Schadensereignis, bei dem ein erhebliches Missverhältnis zwischen Patientenzahl und dem ersteintreffenden Hilfeleistungspotential besteht und das voraussichtlich über einen gewissen Zeitraum anhalten wird. Hierbei muss neben den Ressourcen der Hilfsorganisationen und einer größeren Zahl überörtlicher Kräfte der benachbarten Kreise auch auf die Einsatzmittel des Krankentransportes zurückgegriffen werden.

Der Krankentransport wird eingestellt, der bisherige Grundschutz mit einem NEF und vier RTW wird weiter aufrechterhalten. Der Umfang des Schadensereignisses bedingt jedoch eine längere Dauer reduzierten Grundschutzes, weshalb eine ressourcenangepasste Alarmierung dieser Rettungsmittel durch die Leitstelle unumgänglich ist. Für eine individualmedizinische Versorgung aller den Krankenhäusern zugewiesenen Patienten ist es erforderlich, deren Versorgungskapazität durch Aktivierung der hausinternen Alarmpläne zu stärken. Die Information der Krankenhäuser hierzu erfolgt ebenfalls durch die Leitstelle.

Es ist anzustreben ab dieser Alarmierungsstufe eine, nach den Grundsätzen der Stabsarbeit funktionierende, Führungsunterstützung für LNA und OrgL bereit zu stellen. Die Koordination von 30 Rettungsmitteln sowie zusätzlicher Fahrzeuge und über 100 Einsatzkräfte beinhaltet erhebliche administrative und logistische Aufgaben.

Ebenso erfolgt ab dieser Alarmierungsstufe eine Information an die Kreisbrandmeister des Kreises Olpe durch die Leitstelle. Es liegt in ihrer Verantwortung die Kreis-Einsatzleitung in voller oder reduzierter Stärke einzuberufen.

⁸ Führung und Leitung, Patientenversorgung, Patiententransport, Betreuung und Versorgung, Logistik

5.4 Alarmierungsstufe MANV-3 - 21-40 Patienten

Die Alarmierungsstufe MANV 3 bedeutet für den Kreis Olpe eine erhebliche Belastung der rettungs- und sanitätsdienstlichen Infrastruktur. Es besteht ein außerordentliches Missverhältnis zwischen Patientenzahl und Hilfeleistungspotential, das auch voraussichtlich über einen längeren Zeitraum anhalten wird. Eine Bereitstellung ausreichender Transportmittel gelingt nur, wenn alle bei den Hilfsorganisationen verfügbaren Einsatzmittel besetzt werden, jeder der benachbarten Kreise überörtliche Kräfte bereitstellt und während der Transportphase leichter verletzte oder erkrankte Patienten der Sichtungskategorie III (SK III) zu zweit in einem Einsatzmittel transportiert werden. Alternativ muss der Aufbau strukturierter Behandlungsbereiche am Schadensort erwogen werden. Hierzu wird bereits mit primärer Alarmierung eine Einsatzinheit über die Bezirksregierung angefordert.

Die Versorgungskapazität der lokalen Krankenhäuser ist trotz Aktivierung der hausinternen Alarmpläne erschöpft, verletzte oder erkrankte Patienten müssen auch in wesentlich weiter entfernt gelegene Krankenhäuser verbracht werden.

Zur Versorgung der Bevölkerung mit rettungsdienstlichen Leistungen wird der bisherige Grundschutz mit einem NEF und vier RTW weiter aufrechterhalten.

5.5 Alarmierungsstufe MANV-4 - über 40 Patienten

Überschreitet die Anzahl der betroffenen Personen die Zahl 40 und damit die obere Grenze der Alarmierungsstufe MANV-3 kann eine individualmedizinische Versorgung auch innerhalb mehrerer Stunden nicht mit den Mitteln des Kreises Olpe und der Soforthilfe angrenzender Gebietskörperschaften erzielt werden. Die Anforderung größerer überregionaler Einheiten ist notwendig, eine Zuweisung der Patienten in versorgende Krankenhäuser wird voraussichtlich erst verzögert stattfinden können.

Bei plötzlich eintretenden Ereignissen dieses Ausmaßes kann es sinnvoll sein den Grundschutz zur Versorgung der übrigen Bevölkerung mit rettungsdienstlichen Leistungen zeitweise weitergehend einzuschränken. Die Entscheidung hierzu sollte in der Kreis-Einsatzleitung unter Mitwirkung der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst oder eines LNA als Fachberater getroffen werden.

6 Zuständigkeiten

Aufgrund abweichender zeitlicher Verfügbarkeit von Einheiten, Qualifikationen der Einsatzkräfte und verfügbaren Rettungsmittel bzw. deren Ausstattungen sowie der örtlichen Stationierung bringen die verschiedenen verfügbaren Einheiten besondere Eignungen für die anfallenden Aufgaben in das Einsatzgeschehen ein. Bestandteil des Konzeptes ist daher auch eine Vorab-Festlegung, welche Aufgabe von welcher Ressource erledigt werden soll.

6.1 Leitstelle

Die Leitstelle für Rettungsdienst, Feuerschutz und Katastrophenschutz des Kreises Olpe **legt die erste Alarmierungsstufe** zunächst nach den Informationen aus dem Notruf **fest** und passt diese ggf. nach Erhalt einer ersten qualifizierten Rückmeldung erneut an. Sie lenkt und koordiniert die Einsätze im Rettungsdienst gemäß RettG NRW und unterstützt die Einsatzleitung.

Die **Alarmierung** aller in den Alarm- und Ausrückeordnungen festgelegten Einheiten, wie auch der überörtlichen Hilfe, wird ausschließlich von der Leitstelle durchgeführt. Zusätzliche Einheiten können durch Erhöhung des Alarmierungswortes über die Leitstelle angefordert werden.

6.2 Einsatzleitung

In Nordrhein-Westfalen unterscheidet die Gesetzeslage zwischen Einsätzen der Feuerwehren und des Rettungsdienstes.

Bei Brandgefahren, Unglücksfällen⁹ und öffentlichen Notständen stellt nach BHKG die örtliche **Feuerwehr** den verantwortlichen Einsatzleiter.

Bei Großeinsatzlagen und Katastrophen wird eine „Einsatzleitung **Kreis Olpe**“ gebildet, deren Leiter durch den Kreis vorab benannt ist.

In diesen Fällen werden LNA und OrgL als Führung des ‚Einsatzabschnittes ‚Medizinische Rettung‘ tätig. Sofern rettungsdienstliche Einheiten beteiligt sind oder medizinische Maßnahmen notwendig erscheinen ist bei Großeinsatzlagen und Katastrophen die Ärztliche Leitung Rettungsdienst oder ein LNA sowie ergänzend ein OrgL als gemeinsame Fachberater in die Kreis-Einsatzleitung hinzuzuziehen.

Sind Verletzung(en) oder Krankheit(en) ohne die im BHKG definierten Ereignisse eingetreten, wird der **Rettungsdienst** ohne die Feuerwehr auf Grundlage des RettG tätig und stellt somit auch die Einsatzleitung.

Einsatzleiter ist in diesem Fall der LNA in sehr enger Zusammenarbeit mit dem OrgL. Typischerweise fehlt in diesen Fällen der Einsatzabschnitt „Technische Rettung“. Werden Kräfte der Feuerwehr für unterstützende Tätigkeiten (z.B. Tragehilfe) eingebunden, werden diese im Rahmen der Amtshilfe tätig.

⁹ Unglücksfall ist nach § 323c StGB jedes plötzlich eintretende Ereignis, das die unmittelbare Gefahr eines erheblichen Schadens für andere Menschen oder fremde Sachen von bedeutendem Wert hervorruft, wobei ein Schaden noch nicht eingetreten sein muss.

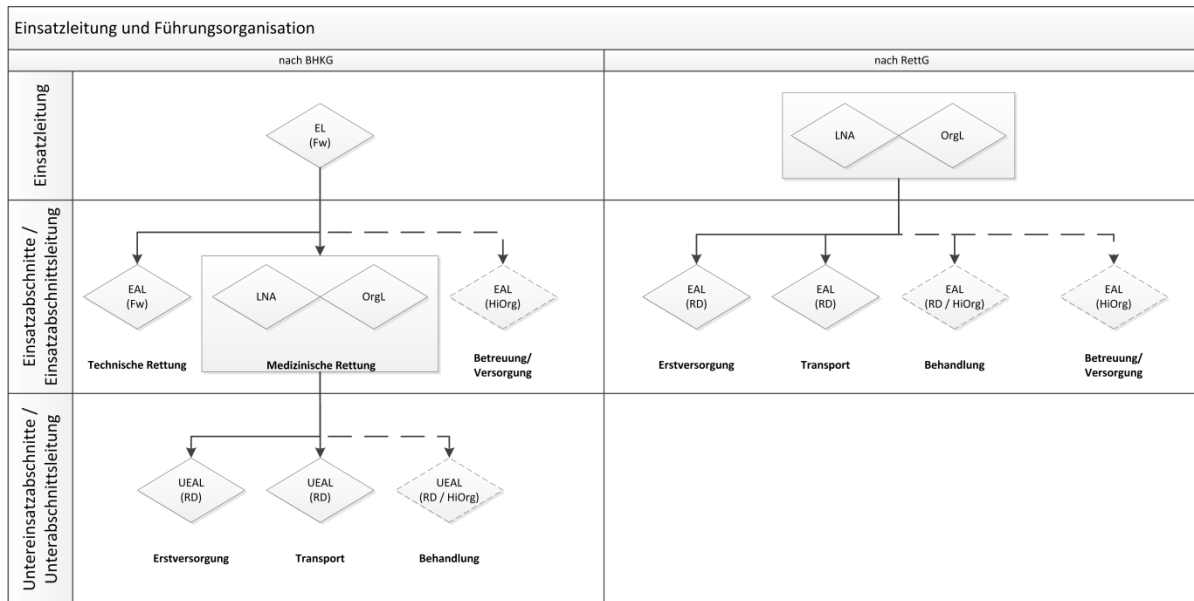


Abbildung 4 Einsatzleitung und Führungsorganisation bei Einsätzen nach BHKG bzw. RettG

Dennoch sollte die Leitung der örtlich zuständigen Feuerwehr immer über den Einsatz des Rettungsdienstes in Kenntnis gesetzt werden.

Ist eine **Einsatzleitung vor Ort** gebildet **legt** diese durch Erhöhung oder Rücknahme die **erforderliche Alarmierungsstufe fest** und lässt die zugehörigen Maßnahmen durch die Leitstelle ausführen.

6.3 Führungsassistenten LNA/OrgL (DRK)

Dem diensthabenden LNA steht kein eigenes Einsatzfahrzeug zur Verfügung. Stattdessen ist die Abholung durch einen **Fahrdienst** des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) vereinbart worden. Dazu hat das DRK zwei Einsatzleitwagen (ELW1) an den Standorten Attendorn und Olpe angeschafft. Die Besatzung der Fahrzeuge erfragt den Standort des diensthabenden LNA bei der Leitstelle.

Nach Eintreffen an der Einsatzstelle stehen Besatzung und Fahrzeug als **Unterstützung für LNA und OrgL** zur Erfüllung der Führungs- und Leitungsaufgaben zur Verfügung. Die Besatzung besteht aus 2 Personen, von denen eine in der Führungslehre qualifiziert ist (min. GF), und betreibt den ELW1 an der Einsatzstelle.

6.4 Rettungsdienst

Die Kräfte des Rettungsdienstes werden in der Regel zuerst an der Einsatzstelle eintreffen. Ihnen obliegt dabei insbesondere eine **erste Rückmeldung auf Sicht**, die eine Alarmierung notwendiger weiterer Kräfte ermöglicht.

Die Besatzung des ersteintreffenden RTW beginnt mit der **Priorisierung**. Die Besatzung des ersteintreffenden NEF übernimmt die **kommissarische Führung** und sorgt für die Schaffung einer zielgerichteten Struktur.

Je nach Alarmierungsstufe sollen ein oder mehrere Rettungstransportwagen (RTW) für den **Soforttransport lebensbedrohlich verletzter / erkrankter Patienten** bereitgehalten werden.

Weitere eintreffende Kräfte des Regelrettungsdienstes übernehmen die **Patientenversorgung in (der) Patientenablage(n)** oder den **Transport von Patienten** der Sichtungskategorie I und II.

6.5 Schnell-Einsatz-Gruppe Rettungsdienst

Die Besetzung von vorgehaltenen Reservefahrzeugen (RTW, KTW sowie NEF) und die **Sicherstellung des Grundschutzes** ist ein wichtiger Baustein dieses Konzeptes und wird durch die ersten Kräfte der Schnell-Einsatz-Gruppe übernommen.

Übrige Kräfte begeben sich an den Schadensort und unterstützen bei der **Patientenversorgung in Patientenablagen**. Ab Alarmierungsstufe MANV-2 kann es sinnvoll sein die Fahrzeuge des Krankentransportes mit höher qualifiziertem Personal aufzurüsten (KTW Typ B → Notfall-RTW), um den **Patiententransport** in diesen Fahrzeugen qualitativ zu stärken.

Da Einsatzeinheiten (EE NRW) nach Konzept des Landes NRW grundsätzlich nur dazu vorgesehen und befähigt sind Patienten der Sichtungskategorien II und III zu behandeln, kann bei Notwendigkeit durch **personelle und materielle Unterstützung** eine **Einsatzeinheit** ertüchtigt werden auch Patienten der Sichtungskategorie I zu behandeln. Hierzu steht der SEG Rettungsdienst ein Gerätewagen mit ergänzendem Material zur Verfügung.

6.6 Fahrdienst (DLRG) für SEG Rettungsdienst

Da der Rettungsdienst lediglich über eingeschränkte Transportmöglichkeiten für nachrückendes Personal (z.B. der SEG Rettungsdienst) verfügt, wird deren **Transport zur Einsatzstelle** mit MTW/MTF der DLRG im Shuttle-Dienst eingerichtet.

Hierzu begeben sich die Fahrzeuge an die vorbestimmte Rettungswache und bringen eingetroffene Kräfte unverzüglich an die Einsatzstelle. Anschließend werden die Fahrzeuge im Bereitstellungsraum **zur weiteren Verfügung** gestellt.

6.7 Einsatzdienste der Hilfsorganisationen

Kräfte der Hilfsorganisationen unterstützen die **Patientenversorgung in Patientenablagen** oder übernehmen den **Transport von Patienten** der Sichtungskategorie II und III.

Auch die **Betreuung Betroffener** und die **Versorgung von Einsatzkräften** gehört zu den Aufgaben der Hilfsorganisationen (siehe auch gesondertes Konzept Betreuung) und wird ab der Stufe MANV 3 von der Einsatzleitung Kreis Olpe koordiniert.

6.8 Feuerwehr-Unterstützungseinheiten

Die Einsatzkräfte der Feuerwehr-Unterstützungseinheiten werden insbesondere bei Schadenslagen außerhalb ihres eigenen örtlichen Zuständigkeitsgebietes tätig. Sie unterstützen die **Patientenversorgung in Patientenablagen** oder übernehmen die **Betreuung Betroffener**. Auch

notwendig werdende Transfers (**Tragehilfe**) von Patienten zu Transportfahrzeugen, in andere Patientenablagen oder Behandlungsbereiche gehören zu ihren Aufgaben.

6.9 Überörtliche Hilfe

Anforderung von Einheiten der überörtlichen Hilfe folgt den landesweit vorgegebenen Meldewegen und geschieht i.d.R. gemäß folgender Zusammenstellung:

6.9.1 Ü-MANV Sofortkomponente (ÜMANV-S)

Sie wird zur schnellen nachbarschaftlichen Hilfe direkt aus den benachbarten Gebietskörperschaften angefordert (die Anforderung über die zuständige Bezirksregierung entfällt) und besteht i.d.R. aus

⇒ 1 NEF, 2 RTW und 1 KTW.

Der Anmarsch zur Einsatzstelle erfolgt als Einzelfahrzeuge und nicht im geschlossenen Verband. Aufgabe der Einheiten ist die **Unterstützung des Rettungsdienstes**. In diesem Konzept wird den Ü-MANV Sofortkomponenten vordringlich der **Transport von Patienten** der Sichtungskategorien I und II zugeteilt.

6.9.2 Patiententransport-Zug 10 NRW (PTZ-10 NRW)

Aufgabe eines Patiententransportzuges ist die **Beförderung von Patienten** in geeignete Behandlungseinrichtungen. Ein PTZ-10 NRW besteht aus

⇒ Führungstrupp, 2 Notärzten, 4 RTW und 4 KTW.

6.9.3 Einsatzeinheit NRW (EE NRW)

Eine Einsatzeinheit wird aus Einsatzdiensten der Hilfsorganisationen zusammengestellt und besteht aus

⇒ Führungstrupp, 1 Arzt, 2 KTW, 1 Sanitätsstaffel, 1 Betreuungsgruppe und 1 Techniktrupp.

Sie kann in Behandlungsbereichen eine **geordnete notfallmedizinische Versorgung** für 25 Patienten der Sichtungskategorie II und III übernehmen. Ergänzt um rettungsdienstliche Komponenten erweitert sich die Versorgung um Patienten der Sichtungskategorie I.

6.9.4 Behandlungsplatz-Bereitschaft 50 NRW (BHP-B 50 NRW)

Eine Behandlungsplatz-Bereitschaft wird aus zwei Einsatzeinheiten (EE NRW) und rettungsdienstlicher Unterstützung gebildet und ist ein autarker sanitätsdienstlicher Verband, dessen Aufgabe es ist, im Rahmen der überörtlichen Hilfe am Schadensort eine **geordnete notfallmedizinische Versorgung** für 50 Patienten aller Sichtungskategorien vorzunehmen.

Grundsätzliches Ziel bei der Bearbeitung von MANV-Lagen im Kreis Olpe ist der zügige Transport aller Verletzten/Erkrankten zu klinischer Versorgung, weshalb die Behandlung der Patienten in der Nähe des Schadensgebietes nur erfolgt, sofern erforderliche Transportkapazitäten über längere Zeit fehlen.

Berücksichtigt werden muss dabei, dass die Versorgungskapazitäten aller Organisationen im Kreis Olpe zu diesem Zeitpunkt bereits erschöpft sein werden. Aus diesem Grund muss für einen solchen Fall überörtliche Hilfe in Anspruch genommen werden. Für die Gestellung eines betriebsfähigen Behandlungsplatzes aus einer auswärtigen Gebietskörperschaft müssen dabei jedoch mehr als drei Stunden¹⁰ ab Anforderung eingeplant werden.

Die Anforderung eines nicht vorgeplanten Behandlungsplatzes sollte daher sehr sorgsam bedacht werden und ggf. sehr frühzeitig erfolgen.

6.9.5 Betreuungsplatz-Bereitschaft 500 NRW (BTP-B 500 NRW)

Die Betreuungsplatz-Bereitschaft wird ebenfalls aus zwei Einsatzeinheiten gebildet und hat eine Kapazität zur **Unterbringung und Verpflegung** von mindestens 500 unverletzt Betroffenen.

Im Rahmen dieses Konzeptes findet keine in der Alarm- und Ausrückeordnung festgelegte Anforderung von Betreuungsplatz-Bereitschaft(en) statt. Eine Anforderung muss bei Bedarf von der Einsatzleitung gesondert beauftragt werden.

6.10 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Aussagen werden generell nur durch die benannten Pressesprecher und unter deren Anleitung durch Einsatzleiter erteilt. Durch die einzelnen Helfer der Organisationen werden keine Statements gegeben.

Die Verantwortlichkeit für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit liegt für Einsätze im Geltungsbereich des BHKG bei der **örtlich zuständigen Kommune**, für Einsätze im Geltungsbereich des RettG beim Kreis Olpe.

Die Betreuung der Presse und die Abgabe von Presseerklärungen zum Einsatzgeschehen wird ab der Großeinsatzlage von der **Pressestelle des Kreises Olpe** koordiniert und verantwortlich in Absprache mit dem Leiter des Krisenstabes durchgeführt.

¹⁰ Für Sammlung der Einsatzmittel in der entsendenden Gebietskörperschaft müssen dabei bis zu 60 Minuten berücksichtigt werden. Der Anmarsch als geschlossener Verband wird eine durchschnittliche Geschwindigkeit von 60km/h erzielen. Von Eintreffen an der Einsatzstelle bis zur Betriebsfähigkeit sind weitere 60 Minuten einzuplanen.

7 Aufgabenverteilung der Führungskräfte

Für alle in diesem Konzept beschriebenen Alarmierungsstufen sind LNA und OrgL vorgesehen und erforderlich. Nachgeordnete Führungskräfte, die organisatorische Aufgaben in Teilbereichen übernehmen, können nach Entscheidung eingesetzt werden. Geschieht dies nicht fallen die beschriebenen Aufgaben in die Zuständigkeit des OrgL.

Um Führungskräften, auch anderer Organisationen, eine Vorbereitung auf die Tätigkeit zu ermöglichen, wurde eine Vorab-Verteilung festgelegt. Einsatzbedingt können sich jedoch Abweichungen davon ergeben.

Die Kennzeichnung von Führungskräften und ihre Aufgabenerledigung erfolgen dabei nach den Festlegungen in der Arbeitsanweisung „Führen im RD-Einsatz“.

7.1 Leitender Notarzt

Der diensthabende Leitende Notarzt übernimmt bei einem Massenanfall von Verletzten und/oder Erkrankten die Leitung aller rettungs-, sanitäts- und betreuungsdienstlichen Aufgaben aus medizinischer Sicht. Insgesamt ist der LNA für die Patientenversorgung und die Zuweisung zu den weiter behandelnden Stellen verantwortlich.

- Lagefeststellung und –beurteilung aus medizinischer Sicht
- Festlegung der Behandlung
- Zuordnung des ärztlichen Personals

Wird unter der Leitung einer Feuerwehr neben dem Einsatzabschnitt „Rettungsdienst“ auch ein separater Einsatzabschnitt „Betreuung“ gebildet, ist es empfehlenswert einen weiteren LNA mit Kenntnissen in der Stabsarbeit als Fachberater in die Einsatzleitung zu berufen. Er ist dort zuständig für alle medizinischen Belange in den Bereichen „Rettungsdienst“ und „Betreuung“.

7.2 Organisatorischer Leiter Rettungsdienst

Der OrgL arbeitet eng mit dem LNA zusammen. Er ist zuständig für die operativ-taktische Gliederung und das Herstellen funktionaler Abläufe im Einsatzabschnitt Rettungsdienst. Hierdurch sollen die Festlegungen des LNA zur Behandlung umsetzbar werden.

- Lagefeststellung und –beurteilung aus organisatorischer Sicht
- Bereitstellung notwendiger Ressourcen
- Festlegung der räumlichen Struktur, insbesondere für nachträglich eingesetzte Einheiten
- Sicherstellung der Kommunikation mit nachgeordneten Führungskräften, dem LNA und ggf. auch der Feuerwehr-Einsatzleitung
- Zuordnung des rettungsdienstlichen- und sanitätsdienstlichen Personals sowie Materials
- Führen einer Einsatzdokumentation

Der LNA-Fahrdienst des Deutschen Roten Kreuzes ist mit qualifiziertem Personal zur Führungsunterstützung besetzt. Einige der genannten Aufgaben können an diese Kräfte delegiert werden (z.B. Sicherstellung der Kommunikation, Einsatztagebuch).

7.3 Leitung Erstversorgung

Die Leitung Erstversorgung ist zuständig für die innere Struktur und zielgerichtete Aufgabenerledigung der Patientenablagen. Dies betrifft insbesondere:

- Sicherstellung von Vor-Sichtung und Sichtung sowie Registrierung
- Organisation der Patientenablage(n) nach örtlichem Bedarf (Material, Personal)¹¹
- Vorhaltung sofort verfügbarer Transportkapazitäten (Rettungsmittel-Halteplatz)
- Sicherstellung strukturierter Übergaben an die Transportfahrzeuge
- Führen einer Patientenübersicht und Dokumentation
- regelmäßige Rückmeldung an LNA / OrgL

7.4 Leitung Transportorganisation

Verantwortlich für den Abruf bereitstehender Transportmittel aus dem Bereitstellungsraum und deren Zuordnung zu den Patienten der verschiedenen Sichtungskategorie sowie die Freihaltung der Verkehrsflächen ist die Leitung Transportorganisation.

- Organisation der Zuordnung von Patienten, Transportmitteln und -zielen nach Bedarf
- Sicherstellung freier Verkehrswege (Ladezone)
- Führen einer Dokumentation
- regelmäßige Rückmeldung an LNA / OrgL

7.5 Leitung Behandlungsbereiche

Die Bedingungen und Erfordernisse in den strukturierten Behandlungsbereichen weichen von denen der Patientenablagen ab, auch wenn sie räumlich ggf. identisch sind. Aufgaben der Leitung sind insbesondere:

- Organisation des jeweiligen strukturierten Behandlungsbereiches nach örtlichem Bedarf (Material, Personal)
- Sicherstellung von vollständiger Registrierung und regelmäßiger Re-Evaluation der Sichtung
- Sicherstellung strukturierter Übergaben an die Transportfahrzeuge
- Führen einer Patientenübersicht und Dokumentation
- regelmäßige Rückmeldung an LNA / OrgL inkl. Übermittlung des Registrierungsergebnisses

Je nach Schadensausdehnung und Anzahl zu versorgender Patienten kann es sinnvoll sein nachgeordnete Führungskräfte für jeden eingerichteten Behandlungsbereich einzusetzen. Hierbei sollten die Grundsätze zu Führung und Leitung aus der DV 100 berücksichtigt werden.

¹¹ Dies beinhaltet die freie Verfügbarkeit über Personal und Material aller in die Erstversorgung eingebundener Kräfte und Rettungsmittel (Rettungsmittel-Halteplatz).

7.6 Leitung Bereitstellungsraum

Im Bereitstellungsraum werden nachrückende Einsatzmittel und -kräfte registriert und funktionsentsprechend sortiert zum Einsatz bereitgehalten.

- Organisation des zugehörigen Bereitstellungsraumes nach örtlichem Bedarf (Material, Personal)
- Entsendung angeforderter Transportfahrzeuge zur Ladezone
- Führen einer Dokumentation
- regelmäßige Rückmeldung an OrgL

Nach Möglichkeit ist die Sicherung und das Heranführen weiterer Hubschrauber dem Piloten des ersten gelandeten Hubschraubers zu übertragen, der auch über die notwendige Fachkenntnis für den Betrieb und die Sicherung des Landeplatzes verfügt.

8 mitgeltende Dokumente

AA-00064	Führen im RD-Einsatz
AH-00022	Übersicht Alarmierungsstufen MANV
AH-00023	Kommunikationsplan MANV
CL-00007	erstes Rettungsmittel / Priorisierung
CL-00008	ärztliche Sichtung
CL-00011	Meldeschema Rückmeldungen
CL-00013	Aufgaben LNA
CL-00014	Aufgaben OrgL
FO-00054	Einsatzmittelübersicht
FO-00056	Schnellerfassung Priorisierung / Sichtung
FO-00053	Übersichtsdokumentation Patienten
FO-00039	Einsatztagebuch
FO-00040	Einsatzbericht LNA+OrgL
AH-00025	Anlage 1 zum Einsatzbericht LNA+OrgL

9 Vorschau

In einer nachfolgenden Version dieses Einsatzkonzeptes sollen folgende Punkte ergänzend Berücksichtigung finden:

- Checklisten Erstversorgung / Transport-Orga / Behandlungsbereiche / Bereitstellungsraum
- An- und Abfahrtswege KH
- Informationsübermittlung PASS